

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

192

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PAUL DESCOTTES

Né à Bénévent-l'Abbaye (Creuse), le 25 Juillet 1898

DE L'INTERVENTION PRÉCOCE

avec fermeture de la Paroi sans Drainage

DANS LE TRAITEMENT

DE

L'APPENDICITE AIGÜE

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PAUL DESCOTTES

Né à Bénévent-l'Abbaye (Creuse), le 25 Juillet 1898

DE L'INTERVENTION PRÉCOCE

avec fermeture de la Paroi sans Drainage

DANS LE TRAITEMENT

DE

L'APPENDICITE AIGÜE

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance.	WIDAL.
	MARFAN.
	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.	GOSSET.
Clinique urologique.	De LAPERSONNE.
Clinique d'accouchements.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique.	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	J -L FAURE.
Clinique thérapeutique médicale.	BROCA Auguste.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	SEBILEAU.
Clinique propédeutique.	DUVAL.
	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale	LABBÉ (Henri). . .	Chimie biologique.
ALGLAVE.	Pathologie chirurgi- cale	LARDENNOIS. . . .	Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LE LORIER.	Obstétrique.
BASSET.	Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN.	Pathologie médicale.	LEMIERRE.	Pathologie médicale.
BINET.	Physiologie.	LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
BLANCHETIERE. . . .	Chimie biologique.	LHERMITTE.	Pathologie mentale.
BRANCA.	Histologie.	LIAN.	Pathologie médicale.
BRULÉ.	Pathologie médicale.	MATHIEU.	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET.	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER.	Obstétrique.
CADENAT.	Pathologie chirurgi- cale	MOCQUOT.	Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY.	Histologie.	MONDOR.	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY.	Pathologie médicale.	MOURE.	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC.	Pathologie médicale.	MULON.	Histologie.
DEBRÉ.	Hygiène.	PHILIBERT.	Bactériologie.
I. de JONG.	Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE.	Pathologie médicale.
DUVOIR.	Médecine légale.	RICHET Fils.	Physiologie.
ÉCALLE.	Obstétrique.	ROUVIÈRE.	Anatomie.
FIESSINGER.	Pathologie médicale.	STROHL.	Physique médicale.
FOIX.	Pathologie médicale.	TANON.	Pathologie médicale.
GARNIER.	Pathologie expéri- mentale.	TIFFENEAU.	Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER.	Pathologie médicale.	VAUDESCAL.	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Urologie.	VERNE.	Histologie.
HOVELACQUE.	Anatomie.	VILLARET.	Pathologie médicale.
JOYEUX.	Parasitologie.	WELTER.	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
CAMUS	Physiologie.	RETTERER.	Histologie.
GOUGEROT.	Pathologie médicale.	ROUSSY.	Anatomie pathologi- que.
GUÉNIOT.	Obstétrique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE. .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	RATHERY	Clinique médicale.
LEREBoullet. .	Clinique médicale infan- tile.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN. . . .	Clinique ophtalmolo- gique.
LÉPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé... .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.
FREY		Stomatologie.
N...		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR JOSEPH DESCOTTES

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR FÉLIX DESCOTTES

*Qui m'ont légué leur vocation de
médecin de campagne, et l'exem-
ple de vies entièrement consacrées
au soulagement des malades.*

*A mon père, dont tout l'idéal de ma
jeunesse a été de reprendre la
tâche trop tôt interrompue.*

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

*Faible hommage de toute
ma reconnaissance et de mon
amour filial.*

A MA SOEUR ET MON BEAU-FRÈRE

Témoignage de toute mon affection.

A MON ONCLE ET TUTEUR

*Sentiments de reconnaissance et de
profonde affection.*

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR DONNET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A L'ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Hommage de mon affectueux respect
et de ma profonde reconnaissance;
pour l'honneur qu'il m'a fait, en me
continuant la grande amitié qu'il
eut pour mon père, pour sa sollici-
tude attentive, pour la formation
qu'il m'a donnée et pour m'avoir
révélé ce qu'il peut y avoir de gran-
deur dans l'exercice de notre profes-
sion quand la bonté peut mettre la
science à son service.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CUNÉO

PROFESSEUR D'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE PARIS

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR BOURGUIGNON

*Qui m'a témoigné une si grande
bienveillance pendant l'année que
j'ai passée dans son service comme
interne. Qu'il veuille bien croire à
toute ma reconnaissance et à mon
entier dévouement.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR MARCLAND

*Avec l'expression de ma vive
reconnaissance pour la grande
bienveillance qu'il n'a cessé de me
montrer et pour le bon accueil
que j'ai toujours trouvé dans son
service.*

A-TOUS MES MAITRES

DE L'ECOLE DE MÉDECINE ET DE L'HOPITAL
DE LIMOGES

Introduction

Le traitement de l'appendicite aiguë, problème si souvent débattu, mais non encore absolument au point comme d'ailleurs tout problème de thérapeutique, en éternel devenir, a soulevé et soulève encore bien des discussions, et les partisans des diverses méthodes restent sur leurs positions.

Nous voudrions, dans ce modeste travail, essayer de faire pencher la balance du côté des interventionnistes en apportant sinon des arguments nouveaux, du moins des considérations cliniques et le poids d'une expérience de plusieurs années.

Le sujet de cette thèse nous a été inspiré par M. le Docteur Donnet dans le service duquel nous avons été externe puis interne pendant trois ans. Nous lui adressons l'expression de notre reconnaissance, pour le bon enseignement qu'il nous a donné, l'attention et l'affectueux intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner. Obligé de terminer rapidement notre thèse, nous sollicitons son indulgence pour un travail que nous aurions voulu plus digne de lui.

Nous remercions très sincèrement, M. le Professeur Cunéo, pour le grand honneur qu'il nous a fait

en acceptant la présidence de notre thèse. Qu'il trouve ici l'assurance de notre respectueuse gratitude.

Historique

En même temps que se faisait la découverte de l'appendicite et que l'on attribuait à l'appendice tous les accidents qui, jusqu'alors, étaient imputés au cœcum, il vint tout naturellement à l'idée des chirurgiens de supprimer la cause des accidents et il n'est pas étonnant que, dès 1886, Fitz préconise l'opération immédiate et l'ablation de l'appendice. A vrai dire, Melier, en 1827, dans le *Journal Général de Médecine*, avait déjà entrevu la possibilité de l'appendicectomie. Mais c'est à Fitz que revient le mérite d'avoir mis en relief la fréquence de l'appendicite et d'avoir conclu en faveur de l'intervention précoce. Il est suivi dans cette voie par Bull, en 1888, Mac Burney (1889), Kinsley et Kelley (1891).

En France, c'est l'école Lyonnaise avec Poncet et Jaboulay, qui adoptent la même manière de voir bientôt suivis par Dieulafoy, qui en 1897, plaide avec chaleur la cause de l'intervention précoce. Pozzi, Poirier, Routier, Tuffier, Michaux, Hartmann, Chaput « veulent qu'on opère rapidement et chacun apporte à l'appui de l'opinion qu'il soutient d'excellents arguments » (1).

(1) HARTMANN. — *Académie de Médecine* 1899, T. I., page 221.

La discussion continue jusqu'en 1902, époque à laquelle se sont formés deux camps : celui des *interventiönnistes* et celui des *temporisateurs*.

A la même époque, les chirurgiens anglais étaient plutôt *temporisateurs*, tandis qu'en Allemagne, on tend à intervenir précocement, attitude qui est adoptée franchement en 1905, avec Rotter, Sprengel, Nordmann, Krausse.

En Amérique, la doctrine n'a pas changé et on a vu pendant la guerre les chirurgiens américains opérer d'urgence toute appendicite aiguë, ils tenaient cette conduite tout naturellement et n'en concevaient pas d'autre.

De 1914 à 1918, on retrouve dans la littérature allemande la constante préoccupation de mettre cette question au point. Il semble que la pratique de l'intervention systématique soit devenue la règle.

En France, après avoir suivi Dieulafoy, la majorité des *chirurgiens* deviennent sinon *temporisateurs*, du moins *opportunistes*. Les *médecins* sont franchement *temporisateurs*. En 1914, Témoins s'élève contre cet état de choses soutenu par Hartmann qui n'a rien changé à sa méthode depuis le début de la question.

Malgré les nouvelles communications faites par Témoins, Ombredanne, Revel, de Nîmes, Colombet, l'opinion classique demeure ce qu'elle était avant la guerre et l'intervention systématique n'est admise que par une infime minorité.

Il est admis aujourd'hui par tout le monde, en

France, que toute appendicite doit être opérée à la première crise. Les opinions varient lorsqu'il s'agit de savoir quand il faut opérer : d'urgence, à chaud, ou à tiède.

L'idée classique est une solution mixte que nous résumerons ainsi :

Il faut intervenir toujours quand on voit le malade et qu'on peut le faire opérer dans les 36 ou 48 premières heures ; passé ce délai, essayer de faire refroidir la lésion par le traitement médical, quitte à intervenir d'urgence si apparaît la moindre menace de complication.

Telle est l'opinion classique. Nous estimons que cette formule devrait être réformée et nous dirons :

Toute appendicite aiguë doit être opérée d'extrême urgence et l'opération sera d'autant moins grave qu'elle sera pratiquée plus près du début des accidents.

Les chirurgiens pour qui l'appendicite aiguë est intangible de 48 heures à 15 jours et plus, donnent des arguments pour, nous essaierons de les réfuter et d'en donner de nouveaux pour l'intervention.

CHAPITRE I

Explication théorique de notre Conduite

Toute appendicite est une toxi-infection d'origine microbienne, à point de départ appendiculaire, se traduisant constamment par des symptômes d'intoxication générale plus ou moins intenses, par une réaction secondaire de défense du péritoine et parfois par des colonisations microbiennes à distance, foie, poumon, etc...

Les toxines produites au sein des tissus malades sont probablement de véritables poisons définis chimiquement, analogues aux ptomaines, dont l'action est presque toujours la même, avec action finale sur le cœur qui s'affaiblit, dont les battements deviennent irréguliers, petits et rapides, et finalement disparaissent.

Ces poisons, formés au niveau des foyers microbiens, passent dans le sang et agissent ensuite sur les différents centres de l'organisme.

Si nous ne connaissons pas encore ces poisons, nous ignorons aussi, tout des conditions favorables ou défavorables à leur production.

Il ne nous paraît pas déraisonnable de dire qu'une appendice malade constitue une véritable usine à poison située au sein même des tissus.

Cette usine a des lois de production que nous ignorons totalement ; tantôt elle marche au ralenti et ne produit que peu de poisons, tantôt sa production augmente quand il lui plaît, et cette production d'abord minime, peut tout d'un coup devenir tellement intense, que la mort du sujet est très rapide.

Il doit même arriver que la quantité de toxines sécrétées par l'appendice soit depuis quelques heures suffisante pour être irrémédiablement mortelle et que rien encore ne traduit au médecin cette fâcheuse éventualité.

Nous ne possédons actuellement aucun moyen clinique, ou de laboratoire, pour pouvoir juger la gravité d'une appendicite, et le seul moyen logique de nous prémunir contre les accidents graves et souvent mortels, est donc d'enlever le plus tôt possible le foyer d'infection.

CHAPITRE II

A) Pourquoi d'abord cette période de 48 heures ? Cette notion est absolument arbitraire, *natura non facit saltus*, il est, croyons-nous hors de bon sens d'attribuer à la nature des limites aussi exactes.

Rien, en effet, n'est plus variable et plus incertain comme durée et intensité, qu'une crise d'appendicite.

« Une crise d'appendicite peut durer quelques heures, quelques jours, quelques semaines, elle peut évoluer à grand fracas et se terminer favorablement ; elle peut aussi, par une marche insidieuse et torpide au début, aboutir aux complications les plus graves » (Témoins, Congrès de Chirurgie, 1919).

Il est des crises pour lesquelles il est trop tard au bout de 24 heures, la crise a déjà évolué, elle est désormais mortelle, et l'intervention est tout au moins inutile ; il y a des crises graves à évolution ralentie, ces crises se trouveront au bout de 4 ou 5 jours, ou plus, au même point d'évolution que d'autres au bout de quelques heures. Dans ces crises, une intervention pratiquée le cinquième ou le sixième jour

est identique comme pronostic, à une intervention pratiquée avant 48 heures dans d'autres cas.

Pourquoi alors refuser à ces malades, en général plus faciles à guérir parce que moins intoxiqués, le bénéfice de l'intervention rapide, puisque nous n'avons aucun moyen de savoir à quel stade de son évolution est arrivée l'appendicite?

Pourquoi ne pas opérer après 48 heures?

Parce qu'habituellement, au bout de ce temps, la lésion est isolée par des adhérences, ou phagocytée et il est plus prudent d'attendre quelques semaines pour opérer dans de bien meilleures conditions.

Cette opinion serait parfaite si les choses se passaient toujours ainsi et dans ce cas il serait au moins imprudent de vouloir intervenir, mais comme nous le disions plus haut, rien n'est plus variable que l'évolution d'une appendicite. Quel est le chirurgien qui n'a pas souvenir d'un malade laissé la veille en bonne voie de guérison et qui n'est plus, le lendemain qu'un agonique, au pouls filant, incomptable, au teint terreux, traits tirés et dont l'état ne permet même plus de tenter une intervention?

Encore faut-il, si l'on adopte la temporisation, admettre la valeur véritable du traitement médical.

En effet, si la morphine ou l'opium apportent au malade un soulagement, ils ont été accusés aussi de masquer les symptômes et ainsi de favoriser les catastrophes dues à l'imprévision d'une grave complication. Quant à la vessie de glace dont l'effet n'est

pas contesté en France et dont l'application constitue un véritable réflexe du médecin, Lewson, non seulement nie absolument sa valeur, mais va jusqu'à l'accuser d'aggraver la situation.

La vessie de glace, dit-il, doit être abandonnée, elle refroidit la peau, la rend moins sensible au toucher et par là masque les symptômes, sans influence sur l'état de l'appendice, *elle fait plus de mal que de bien*. Chez les personnes maigres et particulièrement les enfants, une vessie de glace appliquée sur la région appendiculaire provoque un ralentissement de la circulation par vaso-constriction et par conséquent diminue la phagocytose ; de cette manière, ou crée plutôt un obstacle à la nature dans ses efforts vers la guérison au lieu de lui venir en aide (1).

Quand pour une raison indépendante de notre volonté les 36 ou 48 heures sacramentelles sont passées, faut-il intervenir ou risquer les surprises, pour laisser le malade se refroidir ?

Les non-interventionnistes répondent qu'ils arriveront, dans la majorité des cas, à refroidir l'appendicite, mais ils surveilleront le malade et à la première alerte interviendront.

Cette conduite serait des plus logiques, s'il était possible pratiquement de voir son malade deux ou trois fois par jour, et par cette surveillance, se rendre compte aussitôt qu'il présente telle ou telle ag-

(1) LEWSON. — New-York Medical-Journal 1917.

gravation militant en faveur de l'intervention. Malheureusement cette surveillance, possible à l'hôpital, ne l'est pas en pratique et devient souvent illusoire par la difficulté à dépister les signes de gravité.

Au cours d'une appendicite, on se base, pour apprécier la gravité des lésions sur divers symptômes :

- 1°) La température.
- 2°) Le pouls.
- 3°) La douleur.
- 4°) Les phénomènes de réaction péritonéale.
- 5°) Le faciès et l'état général.

1°) La fièvre est peut-être le moins important de tous les symptômes, nous croyons même que c'est souvent un indice de bonne résistance de l'organisme, et pour notre Maître le Docteur Donnet, la fièvre ne l'inquiète pas absolument lorsqu'elle n'est pas accompagnée d'autres symptômes importants.

2°) Le pouls a une autre importance, sa rapidité, sa petitesse, sa dépressibilité, ses intermittences surtout indiquent presque toujours une gravité grande. Malheureusement ces symptômes n'ont pas une valeur constante, et l'observation 15 est celle d'une petite malade qui, sans fièvre et avec pouls normal, présentait de très graves lésions.

Si d'autre part nous lisons l'observation 10, nous voyons que les symptômes généraux, pouls = 150, Θ = 40, ne concordaient nullement avec l'état de l'appendice.

3°) La douleur est aussi un signe très important, mais qui n'est pas plus constant que les autres :

Si nous avons, comme dans l'observation 8, un appendice perforé avec une abondante suppuration très odorante, chez une malade qui, ayant un pouls à 80 et $\Theta = 37^{\circ}5$, présentait une vive douleur ; nous trouvons par contre une perforation avec également une grosse quantité de sérosité purulente chez une malade qui n'avait qu'une très vague douleur péri-ombilicale (Obs. 18).

L'observation 3 finit de nous fixer sur le peu de cas que l'on peut faire d'un symptôme aussi inconstant que la douleur. Ce malade, envoyé par son médecin à cause d'une douleur très vive qui faisait craindre une perforation, ne présentait ni perforation, ni lésion ulcéreuse, l'appendice était seulement volumineux et vascularisé.

4°) Les phénomènes de réaction péritonéale constitueraient de bons signes, mais ils sont souvent tardifs et peuvent comme tous les autres manquer, ainsi que cela se trouve dans l'observation n° 20, qui est celle d'un de nos camarades : malgré la douleur vive provoquée par la palpation, il avait un ventre absolument souple, sans aucune défense musculaire et cependant on trouvait un appendice énorme, rouge, à contenu noirâtre et des lésions sérieuses de péritonite diffuse.

M. le Professeur Delbet attache une grosse importance à l'immobilité du diaphragme, constatable

indirectement par l'absence de respiration abdominale, qui serait le signe d'une péritonite.

Ali-Colombet (1) conclut qu'il n'a aucune valeur quand il est négatif. L'observation 18 vient renforcer cette opinion.

5°) Enfin il peut arriver de voir des lésions de la dernière gravité chez des malades ne présentant pas de fièvre, ni de douleur particulièrement vive, sans contractures et avec un pouls presque normal simplement avec un faciès décomposé, traits tirés, expression anxieuse, inquiétude, agitation.

En définitive tous les signes sur quoi on peut s'appuyer pour diagnostiquer la gravité des lésions, tous ces signes sont inconstants. Certes, il y a presque toujours, si l'on observe de près, un fait souvent peu grave qui met sur la voie et il est presque toujours possible de retrouver un ou plusieurs signes qui, même en l'absence des autres, permet d'intervenir.

Cependant, notre Maître le Docteur Donnet, nous a souvent mis en garde contre l'absence de signes, et nous racontait l'histoire d'un malade âgé, ayant une vague douleur abdominale, maigrissant, et dont l'état général était mauvais, avec constipation opiniâtre et teint jaune. On l'opère croyant avoir à faire à un cancer, et on se trouve en présence d'une appendicite, avec abcès menaçant de se rompre dans le ventre, cette appendicite évoluait au ralenti

(1) Thèse 1921 (par M. le Professeur Hartmann).

depuis longtemps déjà et rien n'avait fait prévoir la gravité de la lésion et l'indication opératoire urgente.

Mais le plus grand reproche que l'on puisse faire à ces symptômes, même en admettant leur valeur, est bien d'être justement des symptômes, c'est-à-dire la manifestation extérieure d'une lésion déjà constituée.

Et alors ne vaut-il pas mieux prévenir ces lésions sans attendre qu'elles se révèlent par un signe plus ou moins important, plus ou moins précis et presque toujours tardif ?

« On guette l'entrée en scène de la péritonite alors qu'elle est en pleine évolution », disait Dieulafoy, et cela peut s'appliquer également à toutes les complications graves de l'appendicite.

S'il en est ainsi, ne vaut-il pas mieux intervenir toujours et avoir recours au bistouri aussitôt que le diagnostic ferme d'appendicite est posé. Les crises d'intensité moyenne ne sont pas dangereuses à opérer, même après le troisième jour. Celles dont le pronostic est sombre sont les crises qui au début d'intensité moyenne se sont brusquement aggravées, un ou plusieurs symptômes a révélé la complication au médecin qui envoie aussitôt le malade au chirurgien. Dans ces cas, il est souvent trop tard, l'intoxication est trop prononcée et le malade meurt non par la faute du chirurgien, mais par celle du médecin qui a trop attendu (Obs. 9-10).

... « Ces cas ne sont pas absolument exception-

nels ; je déclare pour ma part cet argument formidable » (Paul Reclus, *Académie de médecine*, 1902. T. II, page 117).

Lorsque nous sommes appelés à examiner une appendicite évoluant déjà depuis plus ou moins longtemps et arrivée à la période d'abcès péritonéal enkysté, que devons-nous faire ?

Nous nous contenterons de citer l'exposé remarquable de Témoins à ce sujet.

« Certes, la temporisation paraît être la méthode de choix, les adhérences produites mettent le plus souvent le malade à l'abri des graves complications, les accidents rétrocedent progressivement, l'empâtement diminue pour disparaître après des semaines, quelquefois des mois, d'immobilisation et de traitement. Mais si la marche de la guérison peut être continue, elle peut aussi être interrompue par des poussées nouvelles et des semaines encore lui seront nécessaires. D'autres fois, l'abcès au lieu de se résorber progressivement peut, sous une influence quelconque, se développer brusquement, rompre les digues qui le tenaient enkysté et s'ouvrir soit dans l'intestin, soit dans la vessie. Il peut enfin s'ouvrir directement dans le péritoine et emporter le malade alors qu'on le croyait guéri. Car une opération, faite à ce moment, a peu de chances de succès, en raison de la gravité des accidents et de l'état d'épuisement dans lequel se trouve le malade » (1).

(1) TÉMOINS. — *Revue Internationale de Médecine et de Chirurgie*, 1919.

B) Nous venons de voir les arguments que donnent les abstentionnistes pour justifier leur abstention, voyons maintenant les arguments qu'ils invoquent contre l'intervention.

1°) On risque de contaminer le ventre en ouvrant un abcès en train d'être limité par des adhérences.

2°) On est obligé de drainer, on risque alors de créer une infirmité grave : l'éventration.

Le premier argument est-il aussi solide qu'on veut bien le dire ? Certes, il arrive souvent que l'on trouve un épiploon rouge, adhérent, et ce n'est qu'en soulevant cet épiploon que l'on voit sourdre le pus ou le bouillon sale, mais d'autres fois, si ce n'est le plus souvent, on voit dès l'ouverture du péritoine apparaître le pus. On cherche vainement les adhérences protectrices. L'épiploon est congestionné, comme élavé et la grande cavité apparaît béante, sans limitation.

A-t-on trouvé un moyen de discerner avant d'agir une de ces deux modalités dont la deuxième nous paraît plus fréquente que la première ?

Enfin n'y a-t-il pas un intérêt énorme à supprimer d'un coup la cause des accidents ? Et puisque cette appendicite avait pris des allures plus bénignes justifiant la temporisation, n'est-on pas en droit de penser que l'infection du péritoine n'est pas faite malgré l'épanchement dans la grande cavité de ce pus appendiculaire, pourquoi y aurait-il inconvénient à enlever la cause directe de ces accidents par l'ablation de l'appendice malade ?

Il nous a d'ailleurs semblé que le plus souvent la mort, dans l'appendicite, était due à une septicémie, à un empoisonnement du sang plutôt qu'à une péritonite généralisée, rarement observée ; probablement parce que la mort par septicémie survient plus rapidement que l'envahissement total du péritoine.

2) On est obligé de drainer.

C'est pendant la guerre que notre maître le Docteur Donnet eut l'occasion de voir les chirurgiens anglais opérer d'urgence toute appendicite aiguë et ne jamais ou presque jamais drainer, même dans les cas les plus aigus et même dans les cas où le pus était répandu en abondance dans le péritoine.

Depuis, il a eu maintes fois l'occasion de suivre la même ligne de conduite et de vérifier le bien fondé de la méthode anglaise.

Cette méthode mise en pratique, semble-t-il, par Clark, était déjà très répandue en Angleterre, en Amérique et en Allemagne et avait fait l'objet de nombreux travaux (En Angleterre, Morris, Toreck, Stirling, Wallace, Buchanam. En Allemagne, Borelin, Bauer, Scheidtmann, Rotter, Lane, Sonnem-burg).

Mais en France, sauf Hartmann, comme le constatait Kroher, en 1911, il n'y avait aucun partisan actif de la suture immédiate.

En 1919, le docteur Donnet eut l'occasion de tenter, pour la première fois, d'appliquer la méthode anglaise.

Il s'agissait d'un prisonnier du droit commun. Notre maître le voyant à la maison d'arrêt de Limoges, constate qu'il est atteint d'appendicite depuis deux jours environ. La douleur est modérée, $\Theta = 38^\circ$, poils 90. On dit au gardien de le faire transporter d'urgence à l'hôpital, mais par suite d'un oubli inexpliqué, le malade n'est amené que le surlendemain. A son arrivée dans le service, à pieds depuis la porte de l'hôpital, menottes aux mains et à peine soutenu par deux gendarmes, il présente une $\Theta = 40^\circ$, pouls 120, traits tirés, faciès jaune, ventre volumineux très douloureux, état des plus graves.

L'intervention a lieu immédiatement : on trouve un appendice en massue, gros, non adhérent, mais verdâtre, perforé en deux endroits et laissant échapper par ces perforations un pus sanguinolent d'odeur infecte. Il n'y a pas traces d'adhérences et dans le ventre on trouve un liquide puriforme, très odorant. L'épiploon, dans le voisinage de l'appendice, est tuméfié, rouge, les anses intestinales sont gonflées de gaz et rouges, la grande cavité est béante et les anses intestinales sont retenues avec peine.

Ablation de l'appendice et cautérisation du moignon au thermo, l'hémostase est facile, car il n'existe pas la moindre adhérence. Le foyer est asséché avec des compresses, le tout touché à l'éther et le ventre refermé sans drainage. La température reste élevée encore pendant trois jours, puis revient brusquement à la normale.

L'opéré sort guéri au bout de trois semaines.

Depuis cette époque, c'est la conduite que tient régulièrement le Docteur Donnet et que nous avons vu appliquer pendant les deux années où nous avons eu l'honneur d'être son interne (Observations).

Le drainage de la cavité péritonéale est absolument illusoire quel que soit le nombre et la direction des drains. Le drainage est inefficace, car très vite il se forme autour du drain des adhérences qui ont pour effet d'extérioriser le drain et de le rendre absolument inutile au point de vue drainage.

Il semble même que la présence de drains, surtout dans le cas où l'on en met plusieurs et dans toutes les directions, ne favorise pas du tout la défense du péritoine et peut même donner lieu à des manifestations d'intolérance qui pour n'être pas graves peuvent néanmoins être très désagréables.

Nous avons, il y a deux ans, l'occasion, au cours d'un remplacement, de faire opérer une petite fille de 4 ans, atteinte de péritonite à pneumocoques, survenue quinze jours après une pneumonie. À l'ouverture du péritoine un flot de pus jaillit, mélangé de fausses membranes très nombreuses. Comme il n'existe aucune adhérence et que les anses intestinales baignent littéralement dans le pus, on met des drains dans toutes les directions.

La petite malade va mieux pendant deux jours, puis est prise de malaises, vomissements, le pouls est rapide, mal frappé, le ventre très distendu, parésie intestinale, arrêt des matières et des gaz ; malgré nos recherches nous ne pouvons trouver la cause de ces signes pourtant intenses et inquiétants. Nous

faisons un pansement à la glace, mais pas d'amélioration. Enfin, au cours de la journée, il nous vient à l'idée que les drains sont peut-être seuls en cause. Malgré l'abondance de l'épanchement purulent qui continue à sortir de la plaie, nous enlevons tous les drains. Dans les heures qui suivirent, tous les phénomènes de réaction péritonéale avaient disparu, et le lendemain notre malade était méconnaissable. La guérison survint très rapidement sans incidents.

Nous avons retrouvé d'ailleurs cette notion d'intolérance pour les drains. Bauer (1) insiste sur les avantages de la suture immédiate et déclare que les troubles par parésie intestinale, les vomissements, disparaissent plus vite et le péristaltisme reprend plus rapidement.

Le péritoine est un merveilleux organe de défense et quand on a supprimé la cause d'infection qui par ses toxines était arrivée à le paralyser, « il est rare qu'il trahisse la confiance mise en lui » (Riddel).

Hartmann disait au Congrès de chirurgie, en 1911 :

« Dans les péritonites appendiculaires, nous avons souvent refermé le ventre après avoir simplement abstergé le pus épanché, sans que jamais nous ayons eu à regretter cette pratique^e; la séreuse présente des moyens de défense qui lui permettent de lutter contre les agents pathologiques ».

La fermeture de l'abdomen sans drainage présente de multiples avantages, les malades se rétablissent

(1) Archives Von Klin. Chirurgicale. T. 96, 1911.

plus vite, et souffrent moins. En effet, aussitôt après l'opération, le ventre est souple, indolore, et très rapidement les malades entrent en convalescence, il n'y a pas à craindre d'éventration, pas plus que dans l'appendicectomie pratiquée à froid.

Mais si le péritoine offre à l'infection une résistance très grande, il n'en est pas de même du tissu cellulaire, aussi bien le tissu cellulaire sous-péritonéal, que le tissu cellulaire sous-cutané.

Si dans une appendicite très septique avec collection purulente, très malodorante, on ferme le péritoine et la paroi sans drainage, on n'observe pas de péritonite, le ventre est souple, ne se ballonne pas, n'est pas douloureux, mais par contre, au bout de 3 ou 4 jours, la plaie superficielle devient rouge, douloureuse, un des points de la suture se rompt, il peut même y avoir un petit point de sphacèle cutané. Le fond de la plaie a un aspect gangréneux qui se termine par l'élimination des parties sphacélées, c'est-à-dire du tissu cellulaire sous-cutané. La plupart du temps tout s'arrange en quelques jours et c'est à peine si la convalescence est retardée. Jamais nous n'avons vu la plaie se désunir complètement. A partir de l'aponévrose tout est solide, aucune fissure n'indique la participation du péritoine.

Ombredanne, en 1919, pensait que ces abcès de la paroi étaient comparables à des abcès de fixation et les respectait comme tels. Depuis il est admis par tout le monde qu'ils sont le résultat de la contamination directe pendant l'opération. Hartmann

préconise l'emploi de compresses humides pour isoler complètement la paroi avant l'ouverture du péritoine.

Riddel conseille de désinfecter avec beaucoup de soins la paroi avant de refermer. Pour cela, il a essayé différents antiseptiques dont le meilleur paraît être la Flavine à 1/1000 ; il donne un tableau statistique où l'on peut voir 130 cas de péritonites appendiculaires refermées sans drainage, où la réunion par première intention a été obtenue grâce à la Flavine et le séjour à l'hôpital des malades varie entre 14 et 18 jours.

Il serait intéressant de voir expérimenter, en France, cette méthode, grâce à laquelle il n'y aurait vraiment plus aucune raison de drainer.

Cependant il est bon de préciser quelque peu les indications du non-drainage, tel que le pratique notre maître le Docteur Donnet.

Le drain qui ne peut avoir la prétention de drainer la grande cavité abdominale, peut cependant drainer un point malade, le moignon d'un utérus par exemple, à condition que les lésions soient de très faible étendue. Du côté de l'appendice, il peut y avoir et cela arrive souvent lorsqu'on opère tardivement ou après plusieurs crises, il peut y avoir des surfaces dépéritonisées où l'absorption septique est facile et la défense nulle : Dans les cas où il n'y a qu'un seul point douteux, ou une simple éraillure de l'intestin, on place un drain, en ayant soin de placer ce drain exactement sur le point malade, ce

qui est obtenu en le fixant par un caigut fin résorbable. Pour cela on se sert d'un drain en caoutchouc et suivant la description de Lecène, « bien perméable et permettant l'aspiration post-opératoire » ; on peut également se servir du drain en caoutchouc dans lequel on introduit une mèche de gaze non comprimée, procédé préconisé par Tuffier. Mais dans le cas où il reste après l'appendicectomie de vastes surfaces dépéritonisées qu'il est impossible de boucher, ou dans les cas où après libération d'adhérences, il reste des surfaces cruantes saignant en nappe, notre Maître préfère au drain, un drainage par gaze, genre Mikulicz, tamponnant les parties éraillées, aspirant le pus et non comprimé à la sortie, l'ouverture de la plaie étant laissée béante.

Dans ces cas seulement peut se poser la question de l'éventration mise en cause par les abstentionnistes. Mais les cas où l'on est obligé de drainer ne sont pas absolument fréquents et le sont d'autant moins que l'on intervient plus près du début des accidents.

D'autre part, en admettant même que l'éventration constitue une infirmité, infirmité susceptible du reste d'être supprimée par une opération ultérieure, doit-on mettre en parallèle les inconvénients de l'éventration avec les dangers que peut faire courir au malade la conservation de ce « foyer toxique infectieux au premier chef » (1) l'appendice. Nous

(1) DIEULAFOY. — Acad. de Médecine, 1899, page 128.

pensons qu'il y a là une disproportion inacceptable entre ces deux arguments qu'on ne saurait opposer l'un à l'autre.

Aux arguments qui nous semblent militer en faveur de l'intervention, nous voulons en ajouter un autre qui nous semble pratiquement considérable.

Le refroidissement d'une appendicite nécessite une immobilisation et un régime rigoureux.

D'après Pauchet (1) « Si la crise d'appendicite a duré plusieurs jours, surtout s'il y a eu abcès, il faut opérer de un mois à trois mois plus tard. Il faut compter trois mois après la guérison d'un abcès avant d'opérer. » Suivent les indications suivantes : pendant le refroidissement, pas de surmenage physique ni intellectuel ; régime : pas de viande ni de poisson, d'œufs ou de lait, manger peu, ne boire que de l'eau et pas aux repas.

La majorité des malades ne suivra pas ce régime, soit que la patience leur fasse défaut, soit que leurs moyens ne le leur permette pas.

Et pendant ce traitement, ils ne sont pas à l'abri d'une poussée nouvelle qui nécessitera un repos bien plus prolongé.

Au contraire, les malades opérés au cours de la crise sont très vite en état de reprendre leur vie normale et nos observations montrent que la durée de l'invalidité n'est pas de beaucoup supérieure à celle causée par l'opération à froid, même dans les cas de suppuration de la paroi.

(1) PAUCHET. — Journal de Médecine de Paris 1920, p. 47.

Observations

OBSERVATION I

Mlle L..., 22 ans, Barcelone.

Le 2 juillet 1923, vive douleur dans la fosse iliaque droite. Glace. Vue par le Docteur Donnet, le 4 juillet, à 12 h., pouls 90, $\Theta = 37^{\circ}7$.

Opérée le soir même, à 20 h. Pouls 96. $\Theta = 37^{\circ}8$, 50 heures environ après le début de la crise.

Incision de Jalaguier. Appendice en battant de cloche, prêt à se rompre, rempli de pus à odeur infecte. Il existe un point à aspect sphacélique rouge, mais pas de rupture. Aucune réaction péritonéale, fermeture sans drainage.

Guérison sans incident en 15 jours.

OBSERVATION II

M. D..., 36 ans.

Première crise en 1917. Nouvelle crise le 3 juillet 23. $\Theta = 37^{\circ}$, pouls 70, douleur vive à la pression, au point de M. B.

Opéré le 5 juillet, parce que douleur persistante. $\Theta = 37^{\circ}$.

Jalaguier, l'appendice est très volumineux, turges-

cent, contenu puriforme, paroi très épaissies. suites normales, au bout de 8 jours, fièvre, raideur de la nuque, Kernig, parésie du bras droit, tout rentre rapidement dans l'ordre.

Guérison et sortie en 15 jours.

OBSERVATION III

Mme T..., 27 ans.

La crise a débuté le 23 mars 1924, par douleurs vives dans le côté droit, le ventre est très sensible, n'a pas rendu de gaz depuis 2 jours.

Opérée le 26 mars, $\Theta = 38$, pouls = 100.

Incision de Jalaguier, anses intestinales très distendues et rouges, pas de pus, ni de liquide, appendice volumineux avec arborisation vasculaire, mais pas de lésions ulcéreuses et pas de perforation. Appendicectomie.

Guérison.

Cette malade avait été envoyée par son médecin qui craignait une perforation.

OBSERVATION IV

M. Bo...

Envoyé pour hernie étranglée, on est surpris de trouver le pouls à 115, $\Theta = 39^{\circ} 7$, qui contrastent avec l'état de la hernie qui n'est pas enflammée du tout, et on trouve au niveau de l'appendice un bourrelet dur et douloureux. Opéré 54 heures après le début des accidents.

Incision de Jalaguier, le ventre est plein de bouillon sale, l'intestin est rouge et dilaté, l'appendice qui est

derrière le cœcum, est adhérent, il cède et on ne peut enlever ce qu'il en reste, un gros abcès s'ouvre à son niveau qui contient du pus très épais, les parois de cette poche saignent en nappe, on met une mèche et un drain ; cure radicale de la hernie, qui est inhabitée.

Malade difficile à remonter pendant quelques jours, puis progrès rapides : guérison.

OBSERVATION V

Mlle L..., 17 ans.

A déjà eu deux crises, la troisième le 8 novembre, à midi, $\Theta = 37^{\circ}3$, pouls 80.

Opérée le même jour, à 18 heures. Incision de Jalaguier Appendice très long, vascularisé, contenance puriforme, sans calcul, ni lésions séreuses, fermeture de la paroi, on laisse un petit drain dans le panicule adipeux sous-cutané, particulièrement volumineux, par crainte d'une hémorragie.

Guérison.

OBSERVATION VI

Mme S...,

Opérée 82 heures après le début des accidents.

$\Theta = 37^{\circ}$, pouls = 75.

Incision de Jalaguier. Epiploon très congestionné, adhérent à la paroi et à l'appendice, en libérant l'appendice, issue de liquide louche à odeur infecte. Appendice tuméfié, rouge, présence de nombreux points de sphacèle, il est tellement mortifié qu'il cède à plusieurs reprises à la pression des pinces, ablation, mèche,

drains, la Θ et le pouls restent élevés deux jours encore, puis retour à la normale.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION VII

M. G..., 38 ans.

Opéré 27 heures après le début de la crise.

Appendice gros, rouge, adhérent. on trouve un point rouge livide sur l'appendice en imminence de perforation.

Drain pendant 48 heures. Guérison.

OBSERVATION VIII

Mme M...

Début de la crise remontant à 4 jours, douleur très vive au niveau de la fosse iliaque. $\Theta = 37^{\circ}5$, pouls 80. A l'ouverture du ventre on trouve du bouillon sale, et plus profondément, du liquide marron verdâtre, à odeur infecte. Appendice énorme, sphacélique, verdâtre, perforé vers son extrémité libre.

Ablation de l'appendice, nettoyage minutieux, drain enlevé au bout de 8 jours.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION IX

Mme T..., 49 ans.

Malade depuis 10 jours, à son entrée $\Theta = 37^{\circ}$,

pouls = 112. Aspect général mauvais, ventre ballonné, peu douloureux. Incision de Jalaguier, le ventre est plein de pus, l'appendice est rouge, gros, mais pas perforé. Drainage. La malade ne peut se remonter, le pouls devient de plus en plus misérable, refroidissement des extrémités.

Décès.

OBSERVATION X

Mlle D..., 6 ans.

Opérée 31 heures après le début des accidents.
 $\Theta = 40^{\circ}$, pouls 150.

Appendice libre d'adhérences, gros, rouge, aspect succulent.

Guérison.

OBSERVATION XI

M. D..., 9 ans.

Opéré 8 jours après le début de la crise, pas de fièvre, bon état général mais douleur vive au point de Mac Burney.

Appendice perforé à son extrémité et entouré d'une gaine d'épiploon, ablation, drains.

Guérison.

OBSERVATION XII

Mme L. D..., 28 ans.

Appendicite aiguë depuis 10 jours, ventre ballonné, douleur très vive à droite, aspect très infecté.

On trouve un pus mal lié d'odeur infecte, anses intestinales rouges. Appendice rouge gangreneux. ablation.

Nettoyage minutieux.

Décès.

La malade s'était purgée au début de sa crise.

OBSERVATION XIII

Mme R. B...,

Malade depuis 10 jours, son état s'est subitement aggravé vers le 9^e jour. A son entrée $\Theta = 37^{\circ}7$. Pouls petit très rapide, extrémités froides, ventre très ballonné.

Abcès rétro-cœcal très volumineux occupant tout le petit bassin ; à cause de l'état général, on se contente de drainer.

Le pouls continue à filer, les extrémités se refroidissent encore.

Décès.

OBSERVATION XIV

M. F..., 47 ans.

Malade depuis 16 jours a été vu par plusieurs médecins qui ne paraissent pas avoir vu l'état du malade.

$\Theta = 37$, pouls 80. Faciès très infecté.

Opéré d'extrême urgence le 26 avril à 19 h.

A l'ouverture du ventre, pus jaune, épais, sans débris d'aucune sorte, en arrière du cœcum, on trouve un gros abcès avec pus infect, noirâtre. Nombreux petits abcès sur l'épiploon, à cause de l'état du malade on ne cherche pas à enlever l'appendice, mèche, drain.

Les jours suivants pas de température, mais langue sèche, aspect mauvais.

Vers le 5^e jour, phlegmon gangréneux de la paroi thoracique avec maximum vers l'aisselle.

Mort le lendemain.

OBSERVATION XV

M. M..., 10 ans.

Début de la crise il y a 4 jours, état général médiocre. $\Theta = 37^{\circ}5$, pouls 80, douleur vive dans la fosse iliaque droite.

Opéré le 17 janvier 23.

Appendice énorme, sphacélique, verdâtre, perforé en plusieurs points, liquide marron, très malodorant, appendicectomie, nettoyage à l'éther, on laisse un drain à cause des adhérences saignantes, laissé 4 jours.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION XVI

Mme G..., 45 ans.

Deuxième crise remontant à 20 jours, à son entrée à l'hôpital; $\Theta = 38$, pouls rapide. Ventre ballonné, vomissements, état général mauvais, plastron abdominal dans toute la fosse iliaque.

Opérée d'urgence, anesthésie très légère au chloroforme. Jalaguier. Pas de traces de péritonite, sous l'épiploon, abcès plein de pus épais, d'odeur infecte, au milieu duquel on trouve l'appendice qui est enlevé complètement au thermo.

Mèches et drain.

Perforation intestinale le 10^e jour, qui se referme peu après. Guérison en 2 mois.

OBSERVATION XVII

M. F..., cultivateur.

Troisième crise le 9 décembre 23. vomissements, douleur légère au point de M. B.

Opéré 38 h. environ après le début de la crise, $\Theta = 39^{\circ}2$. Pouls = 120.

Appendice turgescent, rouge, perforé, communiquant avec un abcès à pus rougeâtre, épiploon infiltré et rouge. Mèche adrénalinée.

Le pouls reste petit, faciès mauvais, malgré huile camphrée, sérum, etc...

Décès le lendemain.

OBSERVATION XVIII (D^r Delotte)

Mlle T..., 13 ans.

Crise datant de 4 jours, a été soumise au traitement médical avec glace, diète, etc...

Opérée le 20 janvier. $\Theta = 36^{\circ}7$. Pouls = 110.

Pas de défense, le ventre respire, mais n'est pas souple, vague douleur autour de l'ombilic, cependant très légère contracture à droite, à la palpation profonde.

Incision de Jalaguier : dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule plus d'un litre de sérosité grisâtre très fétide, on trouve aisément l'appendice, gros, perforé, gangrené, entouré de fausses membranes peu adhérentes.

Drainage avec mèches, genre Mickulicz.

La guérison s'affirme jusqu'au 6^e jour mais le 8^e jour fistule stercorale qui se referme spontanément en 6 jours.

Guérison.

OBSERVATION XIX (D^r Delotte)

Mme C..., 27 ans.

Prise dans la nuit de douleurs abdominales violentes, nettement localisées à droite, prend 40 gr. de sulfate de soude le matin et va consulter l'après-midi à 15 h.

$\Theta = 38^{\circ}3$, pouls = 80, langue saburrale, la malade a été deux fois à la selle.

Point de M. B. nettement douloureux, petit plastron large comme une pièce de cinq francs, légère contraction à droite. La malade refuse l'intervention immédiate. Diète, repos, glace.

Le lendemain, même état, plastron plus douloureux, légèrement augmenté, l'intervention est alors acceptée.

$\Theta = 38^{\circ}5$, pouls 100.

Opération à la 36^e heure environ.

Jalaguier, on est obligé d'extérioriser en masse. Appendice et cœcum. Appendice court, gros, congestionné, collé à la partie interne du cœcum, on le libère, pas d'enfouissement possible, mèche.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION XX

Mme S... M..., 48 ans.

A eu autrefois plusieurs crises d'appendicite, le 17 oct. 1922, nouvelle crise plus violente avec vomissements

et vives douleurs. Mise en traitement médical, diète, glace.

Entrée à l'hôpital le 3 novembre, pas de fièvre, pouls normal, se plaint surtout de troubles digestifs avec constipation opiniâtre. Amaigrissement, fosse iliaque droite très douloureuse, le toucher vaginal n'indique rien d'anormal.

Opérée le 5 novembre, anesth. rachidienne.

Incision médiane. Adhérences épiploïques au niveau du cœcum et de la paroi abdominale droite ; en libérant ces adhérences, on ouvre un abcès gros comme une orange contenant un pus épais et verdâtre. L'appendice adhérent et rétro-cœcal est libéré puis enlevé sans enfouissement. Assèchement et fermeture du ventre sans drainage. Légère température ($37^{\circ}8$), le 4^e jour, légère suppuration de la paroi sans décollement des plans profonds. Guérison.

OBSERVATION XXI

Mme C... L..., 28 ans.

Est réveillée le 11 janvier 1923 par une vive douleur dans le côté droit, vomissements, pas de fièvre, pouls normal, le soir température $37^{\circ}8$. Glace.

12 janvier, douleurs persistantes. $\Theta = 37^{\circ}8$. Pouls 100. Entre à l'hôpital, opérée à 15 heures.

Appendice en massue avec plusieurs points ecchymotiques en voie de sphacèle, début de réaction du voisinage.

Petite quantité de « bouillon sale », fermeture sans drainage.

Sortie guérie le 8 février.

OBSERVATION XXII

Mme C... B..., 67 ans.

Douleur très vive, généralisée à toute la fosse iliaque droite. Abdomen tendu, hyperesthésie cutanée. $\Theta = 39^{\circ}3$.

Opérée 48 h. après le début de la crise le 22 mai 23.

Rachi anesth. petite collection purulente en avant de l'appendice qui est enlevé assez facilement. Fermeture du péritoine, suture des plans aponévrotiques.

Drainage de la peau.

Sortie guérie le 4 juillet sans incidents.

OBSERVATION XXIII

Docteur R...

2^e crise. Douleurs très vives, fosse iliaque droite, malade agité, inquiet. $\Theta = 37^{\circ}$. Pouls 80. Accidents datant de 30 heures environ.

Opéré le 11 avril 1923. Jalaguier ; à l'ouverture du péritoine, issue de bouillon sale et de pus, les anses intestinales sont rouges et granuleuses, pas d'adhérences. Appendice gros comme le pouce, très long, rouge, turgide, présente vers sa base une petite perforation. Ablation de l'appendice, assèchement et lavage à l'éther. Fermeture sans drainage.

Rétention d'urine pendant 40 heures. Les jours suivant l'opération, la température n'a pas atteint 38° , l'aspect du malade reste mauvais pendant 5 jours puis l'état s'améliore très rapidement.

Sorti guéri le 15^e jour.

OBSERVATION XXIV

M. M..., 40 ans.

Vives douleurs dans la fosse iliaque droite, pouls et température normale.

Opéré 48 heures après le début des accidents le 13 juin.

Rachi anesth. Incision de Jalaguier, on ouvre un abcès dans lequel baigne l'appendice, ablation, asséchement et nettoyage à l'éther, fermeture de l'abdomen, on laisse un faisceau de crins sous la peau.

Pendant 2 jours $\Theta = 38$ et $38^{\circ}4$.

Sort guéri le 30 juin.

OBSERVATION XXV

Mlle S..., 13 ans.

Malade depuis 4 jours. Vue le 25 juillet 1923.

Douleur très vive au point de M. B. $\Theta = 38^{\circ}5$.
pouls 120.

Opérée aussitôt, Jalaguier, anses intestinales rouges, issue de bouillon sale, pas d'adhérences. Appendice en battant de cloche, volumineux, avec un calcul dans l'extrémité libre. Perforation au-dessus du calcul, à bords sphacéliques. Fermeture sans drainage. Le lendemain $\Theta = 37^{\circ}$, pouls 120.

Cet état persiste pendant 4 jours puis l'état général devient parfait.

Guérison. Sortie le 12 août 23.

OBSERVATION XXVI

M. A..., 27 ans.

A déjà eu plusieurs crises, la dernière date de 45 heures environ, avec $\Theta = 40^{\circ}$.

Le 7 octobre 23, $\Theta = 37^{\circ}8$. Pouls = 110, très irrégulier, faciès plombé, typhoïdique, langue sèche, les phénomènes locaux sont peu accusés, pas de réaction péritonéale, douleur provoquée par la pression au point de M. B., on hésite un instant avec un état typhoïdique.

Opéré le même jour : Jalaguier, péritoine intact, pas de liquide dans le ventre, mais gros appendice recouvert de péritoine rouge, rugueux, épaissi ; à la coupe, muqueuse blanchâtre, à aspect sphacélique.

Fermeture sans drainage.

Guérison.

OBSRVATION XXVII

M. B., 23 ans.

Début de la crise lundi soir 19 h. 1/2, par douleur violente périombilicale. Vomissements alimentaires.

A 22 heures, $\Theta = 37^{\circ}8$. Pouls 75.

Mardi, la douleur persiste, se localise à droite. $\Theta = 37^{\circ}2$. Pouls 70. Ventre souple, la palpation de la fosse iliaque droite est très douloureuse, il n'y a pas de contracture.

Opéré à 20 heures, soit 24 heures après le début, lésions de péritonite diffuse, bouillon sale, fausses membranes. Appendice énorme, rouge, enflammé, contenant une quantité importante de liquide noirâtre.

Résection au thermo, lavage à l'éther, fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Suites opératoires normales.

Conclusions

I. Certaines appendicites évoluent très rapidement, d'autres beaucoup plus lentement, sans qu'on puisse les distinguer les unes des autres. Le délai pendant lequel les meilleures conditions opératoires sont réalisées est d'autant plus long que l'évolution est plus lente. Le délai classique de 36 ou 48 heures ne peut s'appliquer qu'à un petit nombre d'appendicites et non à la généralité.

II. Lorsqu'au cours du traitement médical d'une appendicite, survient une complication, il est très difficile de se rendre compte de la gravité des lésions et de poser l'indication opératoire assez tôt, car les signes sont inconstants ou tardifs.

III. La période d'invalidité d'un malade opéré à chaud est plus courte que celle d'un malade soumis au refroidissement et opéré ensuite.

IV. La présence de pus ou de bouillon sale dans la cavité abdominale, ne constitue pas une indication de drainage, après appendicectomie.

V. Tout malade atteint d'appendicite aiguë doit être opéré d'extrême urgence, sans tenir compte du temps écoulé depuis le début des accidents ; l'opération sera d'autant moins grave qu'elle sera pratiquée plus tôt.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

APPELL.

Bibliographie

- BAUER. — Zur behandlung der freien akuten eitugen peritonitis, besonders zur frage die primärnaht, Stockholm 1911. *Archives Von Klinique Chirurgical*.
- BAUMGARTNER. — Traitement de l'appendicite. *Presse Médicale*, 1907.
- DIEULAFOY. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1898, t. II.
- DIEULAFOY. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1899.
- DIEULAFOY. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1902, t. II.
- DIEULAFOY. — Congrès de Chirurgie de Berlin, 1905.
- DUCOURTIAL. — 3 cas d'appendicite aiguë avec péritonite, traités par la résection de l'appendice suivie de fermeture totale sans drainage. Guérison. — *Société de Médecine Militaire française*, Paris, 1922, page 225.
- DURAND. — L'intervention précoce avec fermeture de la paroi, sans drainage, dans le traitement de l'appendicite aiguë. *Lyon Médical*, 1914.
- GOSSET et BERGER. — *Revue Médicale*, 1919, p. 753.
- GIRARDOT. — *Journal de Chirurgie*, 1914, t. I.
- HAGEN. — Zur Behandlung der akuten appendicitis. *Münch Medi, Woch*, 1919.
- HARTMANN. — Congrès français de chirurgie, 1911, page 373.

- JALAGUIER. — Congrès International de chirurgie, 1900.
- KUMMEL. — Congrès de Chirurgie de Budapest, 1909.
- LE DENTU. — Nécessité des interventions très précoces dans le traitement de l'appendicite. *Académie de Médecine*, 1899, t. I.
- LECÈNE. — Société de chirurgie, 1920, t. 2, page 1150.
- LEWSON. — A plea for the early diagnosis and treatment of acute catarrhal appendicitis.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Traitement de l'appendicite aiguë. *Académie de Médecine*, 1899, t. I.
- LASSERRE. — Thèse 1892, par Dieulafoy.
- MARTIN. — Wie steht heute die frage die frühoperation bei appendizitis? *Münch. Medical Woch*, 28 avril 1922.
- OMBREDANNE. — Société de chirurgie 1920, t. I, II. — Fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires.
- PAUCHET. — *J. de Médecine de Paris*, 1920, p. 47.
- ROUX. — Du traitement chirurgical de la pérityphlite suppurée. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1898, XI, 685.
- RECLUS. — Traitement de l'appendicite. *Académie de Médecine*, 1899, t. I, p. 291. — *Académie de Médecine*, 1902, t. II, p. 117.
- RICHE. — *Académie de Médecine*, 1913.
- RUBISON. — Drainage in appendicitis. *Annals of Surgery*, vol. LXX, 1919.
- RIDDELL. — Primary union after operation for suppurative appendicitis. *Britan. Journ. of Med.*, 24 fév. 1923.
- SONNENBURG. — Naht oder drainage der Bauchlöhle bei frein peritonitis? *Deutsch Medical Woch*, 1912.

SCHNITZLER. — Sur 2000 opérations d'appendicite. *Journal de Médecine*, 1910, t. I.

TÉMOINS. — Congrès de chirurgie, Paris 1911. Congrès de Chirurgie, Paris 1919.

TUFFIER. — Traitement chirurgical de l'appendicite à chaud. *Journal Médical Français*, avril 1924.

WALLACE. — Abdominal drainage in treatment of peritonitis, *Lancet*, 1912.

IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES
